



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Et møte med en kvinne med post-partum depresjon**

**Jenny Irene Eilertsen Raftevold**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 27**

**Molde, 16.03.2010**



**Høgskolen i Molde**

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Et møte med en kvinne med post-partum depresjon**

**Tittel på engelsk: Meeting a woman with post-partum depression**

**Forfatter(e): Jenny Irene Eilertsen Raftevoll**

**Fagkode: VPH705**

**Studiepoeng: 9**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Stål Bjørkly**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

☒ja ☐nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

☐ja ☐nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 16.03.2010**

**Antall ord: 7927**

## **Forord / Sammendrag**

I denne oppgaven vil jeg skrive om hvordan en kan møte en kvinne med post-partum depresjon. Jeg vil presentere aktuell teori rundt vitenskapelige retninger, post-partum depresjon, kognitiv terapi og systemteori. Deretter vil jeg presentere Line, som er nybakt mor og har fått en vanskelig start på barseltiden. Hun sliter med vonde tanker og følelser, og opplever å ikke mestre den nye tilværelsen. Ved hjelp av teorien jeg har presentert, vil jeg skrive noe om hvordan jeg kan møte og hjelpe Line ved hjelp av disse ulike verktøyene. Jeg vil fokusere på hvordan terapeuten kan tilnærme seg Line og skape en allianse sammen med henne, og hvordan en ved hjelp av ulike teknikker kan hjelpe Line med å bekjempe depresjonen.

# Innhold

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Tema og problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning .....	2
1.4 Metode .....	2
<b>2.0 Teori .....</b>	<b>3</b>
2.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag .....	3
2.1.1 Hermeneutikk .....	3
2.1.2 Fenomenologi .....	3
2.1.3 Konstruktivisme .....	4
2.2 Postpartum depresjon .....	5
2.3 Kognitiv terapi .....	6
2.3.1 Om kognitiv terapi .....	6
2.3.2 Den terapeutiske alliansen .....	7
2.3.3 Sokratiske spørsmål .....	7
2.3.4 Negative automatiske tanker .....	7
2.3.5 ABC modellen .....	8
2.3.6 Feilfortolkninger .....	8
2.3.7 Levereregler/skjema .....	8
2.3.8 Den kognitive modell for depresjon .....	9
2.4 Selvpsykologi .....	9
<b>3.0 Empiridel .....</b>	<b>11</b>
3.1 Case .....	11
3.2 Samtale med Line .....	11
<b>4.0 Diskusjon .....</b>	<b>14</b>
4.1 Kognitiv terapi .....	14
4.2 Systemisk perspektiv .....	20
<b>5.0 Konklusjon .....</b>	<b>22</b>

## **1.0 Innledning**

Jeg vil her gi en introduksjon til temaet jeg har valgt å skrive om i denne oppgaven.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Under praksisperioden i 3. semester var jeg så heldig å få observere under Kurs i Depresjonsmestring. Dette er et kurs som arrangeres av DPS, og som bruker kognitiv terapi i gruppesamtaler med mennesker som har depresjon og angst. Kurset var inspirerende og forsterket min interesse for bruk av kognitiv terapi ved depresjon. Jeg bestemte meg da for å ha dette som utgangspunkt for min fordypningsoppgave. Jeg har jobbet som sykepleier ved psykiatrisk avdeling, og har der møtt kvinner som har utviklet depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Jeg kjenner også privat noen som har vært gjennom en fødselsdepresjon. Dette er en diagnose som interesserer meg – hvordan oppleves det å ha det så vondt i denne perioden av livet? En periode der det forventes at en skal nærmest boble av lykke over den lille som er kommet til verden.

Undersøkelser viser at mellom 10 og 15 prosent av kvinner i fertil alder har symptomer på angst og depresjon (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). Det vil si at det til enhver tid er 6000-9000 spedbarnsmødre med psykiske plager. Interessen for depresjoner som oppstår i forbindelse med fødsel har økt kraftig det siste tiåret. En av grunnene er trolig at forskning viser at spedbarnets opplevelser har stor betydning for barnets videre utvikling. Det skjer en betydelig utvikling av hjernen også etter fødselen, og tidlige erfaringer er av sentral betydning for hjernens funksjonelle organisering. Depresjon hos mor har vist seg å ha langvarige negative effekter på barnets sosio-emosjonelle og kognitive utvikling (Eberhard-Gran og Slinning, 2007).

I denne oppgaven skal jeg skrive om Line, som er en av de mødrene som har fått en tøff start på tilværelsen som mor. Forskning viser at kognitiv terapi er en effektiv behandling ved depresjon (Nielsen og von der Lippe, 1993), og jeg vil derfor legge hovedvekt på hvordan en kan møte Line ved hjelp av kognitive teknikker. Jeg vil også trekke inn elementer fra selvpsykologi som er et systemisk perspektiv.

## ***1.2 Tema og problemstilling***

### Tema:

Post-partum depresjon.

### Problemstilling:

Et møte med en kvinne med post-partum depresjon.

## ***1.3 Avgrensning***

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på post-partum depresjon. Jeg tar utgangspunkt i at kvinnen har en moderat depresjon, og ikke behov for innleggelse. På grunn av oppgavens omfang velger jeg å legge hovedfokus på kognitiv terapi. Jeg vil også bruke selvspsykologi i analysen. Jeg ser at dette er en oppgave som helt klart kunne vært mer nøye belyst av systemiske perspektiv, men på grunn av oppgavens omfang må dette avgrenses. Jeg tar ikke opp medikamentell behandling, selv om dette svært ofte er en god kombinasjon med samtaleterapi ved depresjon.

## ***1.4 Metode***

Denne oppgaven bygger på litteraturstudier. Litteraturen er valgt ut fra pensumet på videreutdanningen, men er også valgt ut fra søk i bibliotekets database BIBSYS. Jeg brukte søkemotorene Google og Yahoo, og aktuelle søkeord var ”fødselsdepresjon, kognitiv terapi, forskning”. I narrativet skriver jeg om Line, som er en oppdiktet kvinne – satt sammen av mange ulike pasienter jeg har møtt. Jeg refererer til en samtale mellom Line og terapeut – denne samtalen er også oppdiktet. Lines samtaler, tanker og følelser er basert på det kvinner i samme situasjon har formidlet til meg gjennom min rolle som sykepleier. Det er også basert på litteraturstudiet som jeg gjorde i forkant av og underveis i oppgaveskrivingen. Jeg valgte denne metoden til å innhente empiri, fordi jeg følte det var på denne måten det var enklest å sikre Line full anonymitet. Ulempen med å ikke ta utgangspunkt i en konkret pasient, er at det kanskje blir vanskeligere å sette seg inn i hvordan jeg ville møtt denne pasienten.

## **2.0 Teori**

Jeg vil her presentere relevant teori for problemstillingen.

### ***2.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag***

Vitenskapsteori er tatt med her for å få fram mitt menneskesyn og hvordan jeg møter Line. Jeg ser på mennesket som en selvstendig individ med egne erfaringer. Det er hvert enkelt menneske sin opplevelse av sin situasjon som står sentralt, og mennesket er formet av sine tidligere opplevelser. Jeg velger derfor å vektlegge hermeneutikk og fenomenologi, og disse retningene danner et fundament i oppgaven. Jeg vil også skrive om konstruktivisme fordi det perspektivet er et fundament for kognitiv terapi.

#### **2.1.1 Hermeneutikk**

Thomassen (2008) skriver at hermeneutikk er grunnlaget for humanvitenskapene og handler om fortolkningslære og forståelse. Mens positivismen har som mål å forklare naturfenomener, prøver hermeneutikken å forstå og tolke menneskelivet og fenomener. Hermeneutikken er opptatt av at all forståelse er preget av den konteksten noe forstås innenfor. Konteksten er ikke objektiv, men forskjellig fra menneske til menneske. Den som tolker vil bringe med seg sine egne kunnskaper og erfaringer, og skaper selv den konteksten noe blir forstått innenfor. Hermeneutikken vektlegger menneskets forforståelse som en viktig del av forskningen. Dette beskrives i den hermeneutiske sirkel. Den handler om at vi for å få noe til å gi mening, alltid må tolke delene ved hjelp av vår forforståelse av helheten som delene hører hjemme i. Vår forståelse av delene vil igjen påvirke vår forståelse av helheten (Thomassen, 2008).

#### **2.1.2 Fenomenologi**

Edmund Husserl er kjent som grunnleggeren av den fenomenologiske tankeretningen. Fenomenologi betyr "læren om det som viser seg", og oppmerksomheten rettes her mot verden slik den oppfattes av subjektet. Husserl hevder at menneskelig erfaring kjennetegnes ved en direkte opplevelse av helhetlige og meningsbærende fenomener, og at det eneste vi kan forholde oss til er tingene akkurat slik de kommer til syne for oss. Vår forforståelse må settes til side for å kunne møte fenomenet akkurat slik det fremtrer for oss (Thomassen, 2008). I praksis vil dette si at jeg må forsøke å se den jeg møter uten å være styrt av egne fordommer og forutsetninger, og jeg utfordres til å møte det andre mennesket så åpent og empatisk som mulig.

Vi har ikke tilgang på verden slik den egentlig er, men kun gjennom vår egen oppfattelse av fenomenene. Husserl bruker begrepet *livsverden* om verden slik den fremstår for oss i våre daglige og mellommenneskelige aktiviteter. Dagliglivets umiddelbare erfaringsverden (livsverden) blir primær som kunnskapskilde i den forstand at den danner basis for refleksjon og kunnskapsutvikling. Subjektets erkjennelse kan aldri forstås kontekstløst, løsrevet fra sosiale, kulturelle og historiske sammenhenger. Vi legger hensikt og innhold til sanseinntrykkene vi opplever. Andre mennesker er også en del av vår livsverden, og er med på å forme vår opplevelse. Det mest grunnleggende trekk ved vår bevissthet er, ifølge Husserl, at den alltid rettes mot *noe*. Bevisstheten er alltid intensjonal. Det er umulig å sette et skille mellom virkeligheten i seg selv og menneskets erkjennelse av virkeligheten – all erfaring er strukturert som en helhet av opplevelse og forforståelse (Thomassen, 2008).

### 2.1.3 Konstruktivisme

Det konstruktivistiske perspektivet innebærer at mennesker til en viss grad konstruerer fenomenene i verden rundt oss. Tenkemåten vektlegger at menneskers følelser og handlinger er betinget av de sosiale vilkårene de har tilegnet seg. Mennesker erfarer ikke verden direkte og forutsetningsløst, men fortolker den og former den ved våre forventninger, våre teorier og vår forståelseshorisont. Individets opplevelse skapes altså ikke av en passiv observasjon av et ytre objekt, men ved en aktiv samhandling mellom individet og verden rundt (Thomassen, 2008). Mennesket har ingen tilgang på en objektiv virkelighet. Virkeligheten konstrueres gjennom våre egne fortolkninger (Haugsgjerd et al, 2009).

I sosial konstruktivisme legges det stor vekt på språklig sosial interaksjon som betingelse for kunnskap: All kunnskap oppstår i en kontekst hvor språklig samhandling konstruerer relasjonen både mellom subjekter og mellom subjekt og verden. Gjennom språket og disse konstruksjonene etableres vår selvforståelse og vår virkelighetsforståelse (Thomassen, 2008).



## **2.2 Postpartum depresjon**

I de fleste kulturer blir en fødsel sett på som en gledelig begivenhet, og det å bli mor er forbundet med selvrealisering og fremtidshåp. Graviditeten og det første barnet betraktes som en sentral overgangsperiode i livet (Broden, 2004). Dette er en periode i livet som innebærer forandring og utvikling, og et viktig kjennetegn på slike overgangsperioder er at det fører med seg rolle- og identitetsforandringer. I denne perioden er psyken mer mottagelig og fleksibel, noe som også gjør at man blir mer psykisk sårbar (Eberhard-Gran og Slinning, 2007).

Den kjente spedbarnsforskeren Daniel Stern oppsummerer noen temaer som synes å være allmenngyldige for vordende og nybakte mødre:

- Vil jeg klare å få barnet til å overleve, vil det vokse opp?
- Vil jeg klare å knytte meg følelsesmessig til barnet?
- Vil jeg klare å skape et godt, støttende nettverk som vil gjøre det mulig for meg å fokusere på de to første temaene?
- Vil jeg klare å utvikle min identitet fra å være datter til også å være mor?

(Stern, 1995)

Brudal (2000) skriver at såkalte barseltårer er en vanlig reaksjonsform hos nybakte mødre og fedre. En nybakt mor vil også ha flere kroppslige plager etter en fødsel. Det kan derfor være vanskelig å skille mellom hva som er normale svingninger, og hva som er begynnelsen på en mer alvorlig depresjonstilstand. I de fleste tilfellene vil mor komme tilbake til en psykisk balanse, og klare å sette barnet i fokus. I noen tilfeller kan de kroppslige plagene og uroen feste seg og bli mer langvarige (Brudal, 2000).

Det som kjennetegner en depresjon, er at det er en vedvarende tilstand der hverdagen oppleves som tung. Kvinnen kan føle seg initiativløs, ha tanker om at hun er uten verdi, synes at alt virker meningsløst og isolere seg. Noen har somatiske symptomer, uten at det finnes en fysisk forklaring på disse. Andre vanlige reaksjoner kan være konsentrasjonsproblemer, ambivalens, søvnforstyrrelser med ekstrem trøtthet, dårlig matlyst og mangel på energi. Ofte er uro og angst en del av symptombildet. Selve kjernen i en depresjon er ofte beskrevet som en følelse av håpløshet og likegyldighet som omfatter hele livssituasjonen. Ved en depresjon som oppstår i barseltiden, er det kliniske bildet gjerne fanget av omstendighetene.

Likegyldigheten kan knyttes til amming og stell av barnet, og en likegyldighet i forhold til

barnets behov. Tvangstanker kan knyttes til redsel for at mor skal miste kontrollen og komme til å skade barnet sitt (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). Brudal (2000) skriver at disse symptomene kan oppfattes som en form for kommunikasjon og derfor som en ressurs, i den forstand at kvinnen meddeler at hun er ute av balanse og ønsker at noen skal se henne. Symptomene er et språk. Depresjonen kan variere i alvorlighetsgrad fra en lettere til en mer uttalt depresjon som fyller kriteriene for diagnosen klinisk depresjon (Eberhard-Gran og Slinning, 2007).

## ***2.3 Kognitiv terapi***

### **2.3.1 Om kognitiv terapi**

Kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon – det vil si hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse (Berge og Repål, 2004). Vi fører en kontinuerlig indre samtale med oss selv der vi for eksempel kommenterer det som skjer rundt oss eller forestiller oss hva som kan komme til å skje. Dette foregår både bevisst og ubevisst. Kognitiv terapi er en behandlingsform som vektlegger hvordan vi tolker eller forstår ulike fenomen. Grunntanken i kognitiv terapi er at måten vi tenker omkring en hendelse, vil påvirke hvilke følelser vi knytter til hendelsen. Hvordan vi tenker omkring en hendelse, vil være påvirket av vårt personlige tankemønster og tidligere erfaringer. Ulike følelser knyttes til bestemte tankemønstre. For eksempel er depressive følelser forbundet med tanker om verdiløshet, meningsløshet eller håpløshet (Berge og Repål, 2004).

I kognitiv terapi er målet at klienten skal utvikle en metakognisjon – altså evne til å selv reflektere rundt og identifisere egne negative tankemønstre, og få hjelp til å finne frem til alternative tenke- og handlemåter. Behandlingen er et gjensidig samarbeid mellom terapeut og klient, og samtalene rettes mot hverdagslige problemer og klientens opplevelse av sin situasjon. Berge og Repål (2004) skriver at ifølge psykologen Hans Nordahl så kan terapien beskrives som en sirkulær prosess der tre elementer er sentrale:

- Allianse (trygghet og tillit).
- Innsikt (kartlegging av problemer, tankemønstre og følelser)
- Endring (problemløsning og utprøving av nye tenkemåter).

### **2.3.2 Den terapeutiske alliansen**

Ifølge Berge og Repål (2008) viser et stort antall vitenskapelige studier at klienten først får utbytte av psykoterapi når den er bygget på en god allianse. Det er først og fremst *klientens* opplevelse av alliansen som er viktig for resultatet, og det er viktig at denne alliansen etableres tidlig i behandlingsforløpet. Forskning viser at det er viktig for klienten at terapeuten blir oppfattet som empatisk, forståelsesfull og engasjert, og som et medmenneske som formidler trygghet, håp og optimisme. Et annet viktig element er at klienten får ta aktivt del i utformingen av hvilke mål som søkes under behandlingen. Hvis klient og terapeut er enige om problemforståelsen i den første samtalen, øker sjansene for et godt samarbeid. Sentralt i all terapi er at terapeuten empatisk går inn i den andres verden, og forsøker å forstå hvordan personen opplever seg selv og sitt liv – altså fenomenene rundt seg. Ifølge Berge og Repål (2008) kan det å føle seg forstått hjelpe klienten til emosjonell bearbeiding og til å tenke klarere og åpne opp for refleksjon rundt egne tanker. Empati kan bidra til å gi klienten tilgang til egne ressurser og evne til selvhelbredelse. Nielsen og von der Lippe (1993) skriver at det i kognitiv terapi legges stor vekt på at terapeuter skal være ekte, empatiske og ubetinget aksepterende.

### **2.3.3 Sokratiske spørsmål**

Filosofen Sokrates vandret mye rundt i Athen og snakket med mennesker. Han la vekt på å fremstå som en som visste lite – eller ingenting. Et av hans mest kjente utsagn er: ”Jeg vet at jeg intet vet.” Sokrates hadde en spørrende holdning i samtalen, og samtalen førte ofte til at de som tok ordet begynte å granske seg selv og sitt liv. I kognitiv terapi skal terapeuten fremstå som en ledsager i sokratisk form – målet er å få klienten til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på (Berge og Repål, 2004).

### **2.3.4 Negative automatiske tanker**

Negative automatiske tanker er ufrivillige tanker og visuelle bilder som strømmer inn i vår bevissthet i veldig kort tid (Nielsen og von der Lippe, 1993). Ofte er tankene så kortvarige og situasjonsbetingede, at en ikke rekker å registrere tankeaktiviteten. Tankene har blitt en vane, og de er blitt godtatt som sanne og gyldige. ”Jeg er en mislykket mor” ”Jeg er ikke normal” Disse tankene har større innvirkning på vårt følelsesliv enn vi er klar over. Slike tanker innebærer ofte en overvurdering av muligheten for en fryktet hendelse eller undervurdering av

muligheten for å mestre en situasjon. Kognitiv terapi rettes mot muligheten til å finne alternativer til disse negative tankene (Berge og Repål, 2004).

### 2.3.5 ABC modellen

ABC-modellen illustrerer at vi ofte blir fortvilt og urolige ut fra tankene vi gjør oss om en spesiell situasjon – ikke bare på grunn av situasjonen i seg selv. Endringer i tankene kan gi endringer i følelsene, og målet er å få kunnskap om hvilke tanker som oppstår i situasjonene og hvordan disse hemmer eller fremmer mestring (Berge og Repål, 2004).

A: Situasjon	B: Tanker rundt situasjonen	C: Følelser	D: Drøfting	E: Alternative tanker

Følelsene har en sentral plass i kognitiv terapi fordi de kan gi oss viktig informasjon, og lede oppmerksomheten mot fenomen som vi ellers ville ha oversett. Ved å gripe tak i opplevelsen/følelsen i situasjonen så kan vi få tak i tankene vi gjør oss her og nå (Wilhelmsen, 2005).

### 2.3.6 Feilfortolkninger

Nielsen og von der Lippe (1993) skriver at feilfortolkninger er ulike måter et menneske kan forvrengte informasjon på. Eksempler på feilfortolkninger kan være overgeneralisering (hvis det skjer en gang, vil det alltid skje), svart/hvitt tenkning, tankelesing (en tar for gitt at andre skal vite hva en tenker eller at en selv vet hva den andre tenker) og følelsesmessig resonering (jeg føler meg annerledes, derfor er jeg det). Disse feilfortolkningene oppstår særlig når en er i sårbare og stressende situasjoner, som for eksempel under en depresjon.

### 2.3.7 Leveregler/skjema

Levereglene (også kalt skjema) representerer våre dypeste grunnholdninger til oss selv, som er konkrete absolutte holdninger som fungerer som et filter for vår opplevelse og tolking av verden (Wilhelmsen, 2005). Når en situasjon oppstår, aktiveres en leveregel som har relevans for den aktuelle situasjonen. Dette brukes til å fortolke og analysere hendelsen. Leveregler

deles inn i to typer; primære og sekundære. De primære levereglene representerer selve kjernen i ens oppfattelse av seg selv; ”jeg er dum” ”jeg er ikke verdt å elske”. De sekundære levereglene er mer spesifikke og aktiveres i spesielle situasjoner; ”hvis jeg ikke klarer å trøste barnet mitt, så er jeg en dårlig mor.” En primær leveregel er grunnleggende og gir opphav til flere sekundære leveregler. Når en leveregel aktiveres, vil dette føre til at negative automatiske tanker strømmer inn i bevisstheten (Berge og Repål, 2004).

### 2.3.8 Den kognitive modell for depresjon

Aaron Beck utarbeidet den kognitive modell for depresjon: **Tidlige livshendelser** gir grobunn for holdninger som disponerer for depresjon. Dette fører til **grunnleggende holdninger og leveregler** om å være inkompetent. Senere i livet kan en kritisk hendelse føre til en strøm av **negative automatiske tanker**, og en vil etterhvert utvikle symptomer på depresjon. Beck beskrev også den kognitive triaden ved depresjon:

- Negativt syn på seg selv fører til unngåelser og unnvikelser.
- Negativt syn på fremtiden fører til selvmordstanker og avhengighetsfølelse.
- Negativt syn på verden fører til at viljen paralyseres og følelse av nedstemthet.

I kognitiv terapi vil en forsøke å finne de underliggende levereglene og drøfte vanlige feilfortolkninger med klienten (Wilhelmsen, 2005).

## 2.4 Selvpsykologi

Når en skal møte og hjelpe en kvinne med fødselsdepresjon, er det vanskelig å komme utenom systemiske perspektiv. En slik situasjon vil ikke påvirke bare mor, men også barnet og resten av kvinnens familie. Jeg vil derfor presentere enkelte elementer fra selvpsykologi for å illustrere et systemisk perspektiv, som jeg mener er viktig å ha med seg i møtet med Line. Berge og Repål (2004) skriver at god behandling ofte inkluderer en kombinasjon av flere tilnærminger, og ved å ha mange supplerende forståelsesmåter tilgjengelig øker muligheten for å tenke fleksibelt.

Selvpsykologi er en psykodynamisk retning som har vokst frem siden 1970-tallet, og som er utviklet av Heinz Kohut (Haugsgjerd et al, 2009). Kohut setter selvets utvikling som det mest sentrale. Selvet er en opplevelse av ”hvem jeg er”. Kohut mente at individet først og fremst er drevet av en indre kraft som strever etter å skape mellommenneskelige erfaringer som kan

vekke, vedlikeholde og utvikle individets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Den viktigste drivkraften er ønsket om å føle seg hel, vital og forstått av den betydningsfulle andre. Behovet for tilknytning og mellommenneskelig kontakt blir vurdert som en grunnleggende kraft (Hartmann, 2000). Mennesker har hele livet behov for bekreftende selvobjekter, som er den funksjon et menneske, en ting etc har for følelsen av å ha et sammenhengende selv. Kilden til psykopatologi er selvobjekt-svikt, eller empati-svikt fra våre betydningsfulle omgivelser. Da oppstår en følelse av å være fragmentert og negative følelser tar overhånd. Behandlingen er å reparere denne selvobjektsvikten gjennom empatisk lytting og fortolkning, og dette skal gjøre klientens ubegripelige følelser og reaksjoner begripelige (Haugsgjerd et al, 2009). Kohut brukte begrepet affektinntoning om å stille seg inn på et følelsesuttrykk og dele følelsesmessig tilstand med klienten (Hartmann, 2000).

## 3.0 Empiridel

### 3.1 Case

*Line er 30 år og fikk sitt første barn, en jente som heter Ida, for 3 mnd siden. Hun bor i en liten bygd sammen med sin samboer Thomas. De har et stort nettverk av familie og venner rundt seg i bygda. Line har tidligere hatt et par episoder med moderat depresjon. Hun ble medisineret med antidepressiva og fikk oppfølging av fastlegen. Bortsett fra dette har ikke Line hatt noen form for kontakt med psykiatrien, og Line fungerer bra både i jobb og sosialt.*

*Fødselen ble en dramatisk opplevelse for Line og Thomas. Det oppstod komplikasjoner, og fødselen endte med akutt keisersnitt. Line hadde en opplevelse av å miste all kontroll og hun var redd for både sitt eget og barnets liv. Hun opplevde at personalet på fødestuen ga henne lite informasjon om det som skjedde, og at redselen hennes ikke ble tatt på alvor. Barnet ble liggende på nyfødt intensiv i ett døgn etter fødselen, og det tok derfor lang tid før Line fikk se henne. Da Line endelig fikk jenta opp til seg på barsel, var hun så sliten at hun nesten ikke orket å holde henne. Barseltiden har også vært tøff med lite søvn, og Line sier at hun aldri fikk hentet seg ordentlig inn etter fødselen.*

*Line har siden fødselen følt seg mer og mer nedstemt. Hun har ikke hatt overskudd til å ta seg av babyen. Noen dager har ikke Line hatt ork til å stå opp av senga om morgenen, og Thomas har derfor vært mye hjemme sammen med henne. På bakgrunn av dette er Line blitt henvist til psykiatrisk poliklinikk, via sin fastlege. Under de første samtalene forteller Line at hun kjenner ingen glede over å ha blitt mor. Hun gråter mye og sier at hun bare ikke orker å forholde seg til babyen. Hun sier at hun i sine tyngste stunder har tenkt at hun burde flytte fra Thomas og barnet, sånn at hun kommer unna. Hun har også vært redd for at hun kan komme til å skade barnet. Line sover lite om natta, og ligger mye og grubler. Tankene kverner rundt hvorfor hun ikke klarer å bli glad i barnet, og hvordan hun skal klare å ta seg av jenta i årene som kommer. Hun sier at hun skammer seg over følelsene og tankene sine, og at hun er en fryktelig mor.*

### 3.2 Samtale med Line

Vi møter Line på poliklinikken. Hun har tidligere vært til to samtaler, og har der fått informasjon om kognitiv terapi, og sammen med terapeuten har hun laget en liste over

problemene Line har i hverdagen. Hun møter nå til tredje time. Jeg vil her presentere eksempel på et utdrag fra en samtale mellom terapeuten og Line:

**Terapeut:** Har det vært noen vanskelige episoder siden sist vi snakket sammen?

**Line:** I går hadde jeg en veldig dårlig dag igjen. Jeg tror faktisk det er en av de verste dagene jeg har hatt i hele mitt liv. Det var egentlig en bagatell det som skjedde så det er kanskje ikke så mye å snakke om, men jeg ble helt knust.

**Terapeut:** Da skjønner jeg at du hadde det vanskelig i går. Fortell

**Line:** Jeg hadde hatt en ganske tøff morgen. Ida gråt mye og jeg strevde med ammingen. Jeg har jo for lite melk til henne så hun må få flaske i tillegg. Ikke hadde jeg orket å dusje og ordne meg heller. På formiddagen fikk jeg uanmeldt besøk av søstrene til Thomas, og de var så glade for å se Ida igjen. Når de kom, så tok det ikke lang tid før Ida sluttet å gråte. De holdt henne og koset med henne... og Ida roet seg med en gang.

**Terapeut:** Hvordan opplevde du denne situasjonen?

**Line:** Det var helt fryktelig! Det ble bare så tydelig at jeg ikke klarer å ta hånd om min egen datter. Jeg følte meg som verdens mest mislykkede mor. Jeg er dessuten ganske sikker på at grunnen til at de kom innom var at de ville se om jeg klarer å ta meg av Ida.

**Terapeut:** Hvordan reagerte du?

**Line:** Jeg var nok ganske avvisende overfor svigerinnene mine. Jeg sa at det passet dårlig med besøk og ba dem om å gå. Da de var ute av huset, bare gråt jeg. Og så ble jeg nesten litt sint på Ida for at ikke hun kan roe seg når jeg det er jeg som bysser henne. Til slutt måtte jeg ringe Thomas, og kan kom hjem fra jobb for å hjelpe meg.

**Terapeut:** Hva var det verste med situasjonen?

**Line:** Jeg følte meg så mislykka, og jeg hadde bare lyst til å be dem om å ta med seg Ida når de gikk. Etterpå fikk jeg fryktelig dårlig samvittighet. Jeg skammer meg sånn over følelsene mine.

**Terapeut:** Hvordan da?

**Line:** Jeg kan jo ikke være normal. Hvordan går det an å ikke bli glad i sin egen datter? Jeg blir nesten dårlig når jeg tenker på hvordan venninnene mine snakker om barna sine, for jeg har ingen sånne følelser for Ida. Jeg ser jo at hun er verdens fineste jente, men jeg orker bare ikke tanken på at jeg må ta meg av henne hele døgnet. Jeg er så utrolig sliten, og jeg har egentlig bare lyst til å bli liggende under dyna for alltid. Det er så vidt jeg tør å si det høyt, men jeg tenker ofte at jeg burde flytte fra Thomas og Ida. Det kan umulig være bra for henne å vokse opp med en mor som meg.



**Terapeut:** Det høres vondt ut å gå rundt og tenke sånn. Når en har en depresjon, er det vanlig at en kan ha sånne tanker. Har du fortalt Thomas om tankene dine?

**Line:** Nei, det tør jeg ikke. Han ser jo at jeg har det vanskelig, men jeg kan ikke fortelle han hva jeg faktisk går og tenker på.

**Terapeut:** Hva tror du hadde skjedd dersom du hadde snakket med han om det?

**Line:** Jeg vet ikke. Men jeg er sikker på at han tror jeg er gal. Han angrer nok bittert på at han valgte meg som mor til sitt barn. Hvis jeg forteller han hva jeg går rundt og tenker på, så kommer han til å forlate meg.

**Terapeut:** Har Thomas gjort eller sagt noe som skulle tilsi at han kommer til å forlate deg?

**Line:** Han har vært veldig irritabel i det siste. Og så har han snakket mye om at jeg trenger hjelp. Det var han som kontaktet fastlegen og fikk meg henvist hit. Han har også snakket med familiemedlemmer om situasjonen vår, og det har gjort meg rasende.

**Terapeut:** Så Thomas har snakket med familiemedlemmer og legen din om deg.. Du sier at du tenker dette tyder på at Thomas kommer til å forlate deg, men kan det finnes andre grunner til at han har gjort disse tingene?

**Line:** Det kan vel hende.. Han er nok bekymra for meg. Jeg håper jo at han fremdeles er glad i meg. Og han er sikkert livredd for å overlate datteren sin til meg.

**Terapeut:** Dersom det er slik at han er bekymra og mener at du trenger hjelp akkurat nå – hvilken betydning har dette for deg?

**Line:** Det er flaut. Jeg skammer meg over at han må passe på både meg og Ida. Babyen var jo noe som vi planla sammen, og han hadde nok ikke trodd at det skulle bli sånn.

**Terapeut:** Hvis du hadde en venninne som var i din situasjon og hadde en mann som var bekymra for henne – hva ville du ha sagt for å hjelpe henne?

**Line:** Det kommer jo litt an på situasjonen, men jeg hadde vel sagt at han sikkert er bekymra fordi han bryr seg om henne og er redd for henne.

**Terapeut:** Kan det være sånn at Thomas har gjort disse tingene fordi han bryr seg om deg?

**Line:** Ja, det kan vel hende... Vi har jo vært sammen noen år og jeg vet jo at han er glad i meg. Men det er vel grenser for hvor lenge han holder ut. Hvis jeg ikke klarer å ta meg sammen, så er jeg redd for hva som vil skje.

**Terapeut:** Hva er det verste som kan skje?

**Line:** At jeg mister Thomas og blir helt alene. Og at datteren min må vokse opp uten en mor som er glad i henne.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Kognitiv terapi

I diskusjonen vil jeg analysere deler av narrativet ved hjelp av teori som jeg har presentert tidligere i oppgaven. På grunn av oppgavens omfang, må jeg avgrense analysen. Jeg velger derfor å fokusere på noen utvalgte deler av samtalen.

Søren Kierkegaard (1813) skriver at for å kunne hjelpe må en finne den andre der den andre er. Dette er kloke ord som sier noe om hvor viktig det er å møte et menneske på rett måte. Flere vitenskapelige studier viser at alliansen mellom terapeut og klient er grunnleggende for et godt behandlingsresultat (Berge og Repål, 2008). Alliansen bygges fra første møte, og det er viktig at Line sitter igjen med en god opplevelse allerede fra den første samtalen. Line må føle seg respektert og forstått. Ifølge Kierkegaard må terapeuten først og fremst forstå det som Line forstår. Det fenomenologiske perspektivet sier at hvert menneske har sin livsverden, og det er nettopp gjennom å kunne møte og forstå hvert enkelt menneskes unike opplevelse av verden rundt seg at vi kan bli i stand til å hjelpe. Det er viktig at terapeuten formidler en respekt for Lines opplevelse av virkeligheten, og aksepterer at hun virkelig tror på denne negative virkelighetsoppfatningen. Det hermeneutiske perspektivet handler om å forstå og fortolke menneskelivet (Thomassen, 2008). Ifølge Berge og Repål (2008) kan det å føle seg forstått hjelpe Line til emosjonell bearbeiding og lettere gi evne til refleksjon rundt egne tanker. Innen selvspsykologien brukes begrepet ”empatisk lytting” – gjennom å lytte og fortolke Lines fortelling, skal en hjelpe henne til å forstå sine egne følelser og reaksjoner.

Den hermeneutiske spiral er sentral i hermeneutikken, og den sier noe om at vi alltid må tolke delene ved hjelp av vår forforståelse av helheten som delene hører hjemme i. Vår forståelse av delene vil igjen påvirke vår forståelse av helheten (Thomassen, 2008). I møte med Line kan dette perspektivet være med på å hjelpe både henne og terapeuten til å se depresjonen som *en* del av livet hennes, men at livet også består av mye mer. En kan ikke møte Line ved å kun se på den delen av livet hennes som handler om at hun har en depresjon, men samtidig er det umulig å se på Lines liv uten å snakke om depresjonen som akkurat nå er svært sentral i livet hennes.

Gjennom narrativet blir vi kjent med Line som har hatt en vanskelig tid etter at hun ble mor til Ida. Etter en tøff fødsel og en vanskelig start på barseltiden forteller Line at hun er sliten, kjenner ingen glede lenger, gråter mye og hun orker ikke tanken på å måtte forholde seg til barnet sitt. Line forteller også at hun sover dårlig og ligger mye våken og grubler. Eberhard-Gran og Slinning (2007) skriver at kvinner er mer psykisk sårbare i denne fasen av livet. Stern (1995) oppsummerer noen tema som er allmenne for de fleste nybakte mødre og som kanskje blir enda mer sentrale for en nybakt mor som har utviklet en depresjon. Et av temaene er ”Vil jeg klare å knytte meg følelsesmessig til barnet mitt?”. Det er svært vanlig at nybakte mødre har affektive svinginger etter en fødsel, men hos Line er det tydelig at disse plagene har festet seg og blitt mer langvarige. Selve kjernen i en depresjon beskrives som en følelse av håpløshet og likegyldighet (Eberhard-Gran og Slinning, 2007), og i Lines situasjon ser en at det kliniske bildet knyttes til nettopp den situasjonen hun er i. Hun opplever en likegyldighet i forhold til sitt eget barn og orker egentlig ikke tanken på å måtte forholde seg til henne. Samtidig beskriver hun en håpløshet og en angst for fremtiden. Hun er redd for at denne situasjonen aldri kommer til å forandre seg, og at hun etterhvert vil måtte forlate eller bli forlatt av Thomas og Ida.

Innen selvsykologi omtales slike følelser som ”tap av selvsammenheng” og en opplevelse av å være ”fragmentert” (Haugsgjerd et al, 2009). Jeg tenker at dette kan beskrive Lines opplevelse av å stå mellom ønsket om å være en god mor, samtidig som hun ikke har følelser som samsvarer med dette ønsket. Hun opplever at forholdet til samboeren er vanskelig samtidig som hun er mer avhengig av han enn noen gang. Line opplever en mangel på bekräftende selvobjekt. Hun er mor, men klarer ikke å ta vare på datteren sin. Menneskene rundt henne er bekymret og prøver å hjelpe henne, men for dette blir Line en bekräftelse på at hun er mislykket i den nye rollen. Hun føler seg ikke lenger forstått av ”de betydningsfulle andre”.

Selvpsykologien bruker begrepet ”affektinntoning” om hvordan en kan dele følelsesmessig tilstand med klienten (Hartmann, 2000). Det å kunne tone seg inn, handler om å kunne dele fokus med den som en kommuniserer med. Line må oppleve at terapeuten er tilstedeværende. En del av det å møte et menneske med fullstendig tilstedeværelse, handler om å kunne legge til side sin egen forforståelse. Ut fra et fenomenologisk perspektiv, skal terapeuten ha evne til å legge til side sin egen forforståelse i møtet med Line (Thomassen, 2008). Etter det fenomenologiske perspektivet skal en møte Line uten å være styrt av tidligere erfaringer med

for eksempel lignende klienter. Line skal fremstå akkurat ”som hun er”, og terapeuten skal møte henne åpent og fordomsfritt. Dette er en av de store utfordringene ved å møte mennesker. Er det egentlig mulig å legge til side alle tidligere erfaringer? Og er dette alltid en fordel? Kanskje er det nettopp terapeutens erfaring med tidligere lignende situasjoner, som gjør han i stand til å forstå henne på en best mulig måte. Selv om Line ideelt sett skal fremstå akkurat ”som hun er”, påpeker Husserl at det er umulig å se et menneske kontekstløst (Thomassen, 2008). Line påvirkes av menneskene rundt henne, og hun legger selv en mening og en tolkning i det hun opplever i hverdagen. Det er nettopp disse tolkningene og opplevelsene som kan gi terapeuten et innblikk i Lines virkelighet.

Kognitiv terapi har et fundament av konstruktivistisk tankegang. Dette innebærer at mennesker selv er med på å konstruere fenomenene rundt seg, og at menneskers følelser og handlinger er betinget av sosiale vilkår og våre egne fortolkninger av fenomenene (Haugsgjerd et al, 2009). Gjennom denne tankegangen om at vi selv er med på å konstruere virkeligheten, tenker jeg at kognitiv terapi gir mennesket en unik mulighet til å være med på å forme sin egen virkelighetsforståelse.

Berge og Repål (2008 s 24) skriver:

*”Helsepersonell er spesialister på sitt fag – pasienten er spesialist på sitt liv.”*

Dette er et perspektiv som en alltid bør ha med seg som fagperson, og som innebærer et menneskesyn som tar utgangspunkt i at hvert enkelt menneske har krav på respekt for sin rett til selvbestemmelse. Ved kognitiv terapi er en viktig del av retten til selvbestemmelse at Line får være med på å formulere hva som er akkurat hennes problemer, og hva som skal være målet med behandlingen. Forskning viser at dette er viktig for behandlingsresultatet, og at det er viktig for alliansen mellom terapeut og klient. Dette gjøres ved at terapeuten stiller spørsmål til Line rundt hennes opplevelser i hverdagen, og at de sammen skriver en problemliste. Eksempler på Lines problemer kan være:

- Jeg har ikke de rette følelsene for babyen min.
- Jeg klarer ikke å stå opp om morgenen.
- Jeg orker ikke å treffe andre folk lenger.

Denne problemlisten blir et konkret utgangspunkt for behandlingen og kan for eksempel brukes til å avtale hva som skal være tema for neste samtale. I møtet med Line ser en at terapeuten åpner samtalen med å spørre Line om det har skjedd noe vanskelig siden sist gang. På denne måten er det Line som får legge premissene for samtalen og får snakke om det som

er mest betydningsfullt for henne akkurat her og nå. Dersom Line ikke hadde noen konkrete situasjoner hun ville snakke om, kunne terapeuten ha ledet samtalen inn på det som ble avtalt under forrige time.

Sokratiske spørsmål er en spørreteknikk som kjennetegnes av at terapeuten inntar en ikke-vitende holdning. Han skal fremstå som en ledsager, og ikke som en ekspert som presenterer sannheten (Berge og Repål, 2004). Disse spørsmålene brukes gjennom hele behandlingsforløpet, og målet er at klienten selv skal få en evne til å reflektere rundt sine tankemønstre. I møtet med Line, er det flere eksempler på denne type spørsmål:

- Hva tror du hadde skjedd dersom du hadde snakket med han om det?
- Hvilken betydning har dette for deg?

Fordelen med sokratisk spørreteknikk er at den er lite konfronterende og skaper lite motstand hos klienten. Jeg opplever at en utfordring ved denne spørreteknikken, er å ikke gå i den fella at en blir så opptatt av hvilke spørsmål en selv skal stille at en glemmer å lytte til det klienten forteller.

Aaron Beck utarbeidet den kognitive modellen for depresjon, som innebærer at tidlige livshendelser ligger til grunn for holdninger som disponerer for depresjon. Dette fører til levereregler om å være inkompetent og senere i livet kan en kritisk hendelse føre til en strøm av negative automatiske tanker. Line har tidligere hatt moderate depresjoner og er sannsynligvis disponert for dette. Fødselen og den tøffe starten på barseltiden ble en kritisk hendelse for Line, og dette ble den utløsende faktoren. Beck beskriver også den kognitive triade for depresjon (Wilhelmsen, 2005):

- Negativt syn på seg selv fører til unngåelser og unnvikelser: Line beskriver at hun distanserer seg fra barnet sitt. Hun ringer ofte Thomas og ber han kommer hjem for å ta over stellet. Hun har ikke lenger tro på sin evne til å ta vare på barnet.
- Negativt syn på fremtiden fører til selvmordstanker og avhengighetsfølelse: Line beskriver en håpløshet og en angst for å bli forlatt og alene. Hun er helt avhengig av Thomas samtidig som hun mener at han vil ha det bedre uten henne.
- Negativt syn på verden fører til at viljen paralyseres og følelse av nedstemthet: Line kjenner ingen glede. Hun orker ikke å ta tak i sin egen hverdag, og ønsker helst å bare ligge til sengs.

Som nevnt, beskriver Beck i sin modell at enkelte hendelser hos enkelte mennesker kan utløse en strøm av negative tanker. Nielsen og von der Lippe (1993) beskriver disse negative automatiske tankene som ”ufrivillige tanker og visuelle bilder som strømmer inn i vår bevissthet i veldig kort tid”. Tankene er kortvarige og situasjonsbetingede, og blir automatisk oppfattet som sanne. En depresjon kan arte seg på mange ulike måter, men et typisk trekk for tankemønsteret er gjerne at en får en svært negativ oppfatning av seg selv og sin livssituasjon. Den indre samtalen kjennetegnes av en strøm av ubehagelige tanker som bidrar til passivitet og vonde følelser, og en kan bli overbevist om sin utilstrekkelighet. Tankene virker troverdige for den det gjelder, men kan virke overdrevne for andre (Berge og Repål, 2004). Disse tankene har stor innvirkning på vårt følelsesliv, og kognitiv terapi rettes nettopp mot å finne alternativer til disse automatiserte tankemønstrene. ABC-modellen illustrerer sammenhengen mellom tanker og følelser, og at vi ofte blir urolige på grunn av tankene vi gjør oss i en situasjon – ikke bare av situasjonen i seg selv (Berge og Repål, 2004). Endringer i tankene, kan gi endringer i følelsene.

Et eksempel kan være den situasjonen der Line får besøk av svigerinnene sine en dag hun har det veldig tungt. Line er sliten og Ida gråter. Når svigerinnene kommer, roer Ida seg. Line beskriver her en følelse av å være fullstendig mislykket som mor, og hun opplevde hele situasjonen som en bekreftelse på at hun ikke kan ta seg av Ida. Det at terapeuten her griper fatt i Lines følelser i situasjonen er et sentralt utgangspunkt i kognitiv terapi, fordi det er nettopp gjennom Lines opplevelse at vi kan få tak i de tankene hun gjør seg i situasjonen (Wilhelmsen, 2005). Terapeuten bør derfor begynne med å stille spørsmål rundt Lines følelser og handlingsvalg i situasjonen (punkt C i ABC-modellen). Hvilke konsekvenser fikk dette for Line? Terapeuten stiller spørsmål som:

- Hvordan opplevde du denne situasjonen?
- Hvordan reagerte du?
- Hva var det verste med situasjonen?

Det er viktig at terapeuten klarer å holde fokuset på dette området, og la Line få god tid til å fortelle om sin opplevelse.

Når Line beskriver sin opplevelse av denne situasjonen, er det følelser og handlinger hun forteller om. Hun sier at hun føler seg mislykka, og at hun valgte å be svigerinnene om å gå. For Line er det følelsene som er det tilgjengelige – tankeaktiviteten er som regel ubevisst og rask. Den indre samtalen i Lines hode, kan for eksempel foregå slik: ”Hvorfor slutter ikke Ida

å gråte når det er jeg som trøster henne? Hun merker at jeg ikke er glad i henne! Svigerinnene mine tror nok at jeg ikke bryr meg. Hva er egentlig galt med meg?”. Det er disse tankene terapeuten streber etter å få tak i, fordi det er dette tankemønsteret Line kan jobbe med.

Eksempel på hvordan han kunne ha spurt:

**Terapeut:** Da svigerinnene dine klarte å få Ida til å slutte å gråte, hva tenkte du da?

**Line:** Jeg er ikke sikker... Men tror jeg tenkte at nå ser svigerinnene mine at jeg ikke er glad i Ida, og at jeg ikke engang klarer å få henne til å slutte å gråte.

**Terapeut:** Dukket det opp noen andre tanker?

**Line:** Jeg tenkte at jeg ikke orker å prøve å trøste henne mer.

Terapeuten kan bruke skalering for å kartlegge hvor mye Line selv tror på disse tankene. Skaleringen brukes fordi neste skritt er å realitetsteste disse negative tankene og redusere Lines tro på dem. Målet er at Line skal oppnå en metakognisjon – det vil si evne til å selv reflektere rundt sitt eget tankemønster og selv kunne se etter alternative tolkninger i de situasjonene hun møter (Berge og Repål, 2004). I narrativet ser en et eksempel på at terapeuten forsøker å realitetsteste Lines tanker, gjennom å stille spørsmål rundt det hun tenker om at Thomas kommer til å forlate henne. Terapeuten forsøker her gjennom sokratisk spørreteknikk å åpne opp for at det kan finnes andre grunner til at Thomas har reagert som han gjør. Et viktig redskap innen kognitiv terapi er å gi klienten hjemmeoppgaver. Line kunne for eksempel etterhvert ha fått i oppgave å selv skrive ned og registrere sine tanker i vanskelige situasjoner. Hun kan da bruke ABC modellen som utgangspunkt.

Stiles (1993) skriver at feilfortolkninger er ulike måter et menneske kan forvrengte informasjon på. Feilfortolkninger oppstår særlig i sårbare og stressende situasjoner, som for eksempel en depresjon. Line har flere eksempler på feilfortolkninger under samtalen med terapeuten. Eksempler på dette er:

- Overgeneralisering: Viser seg for eksempel i Lines håpløshet. ”Fordi jeg ikke har de rette følelsene for Ida nå, vil jeg aldri få det”.
- Tankelesing: Line ”vet” at svigerinnene kom på besøk for å sjekke om hun gjorde en bra nok jobb. Hun ”vet” også at Thomas vurderer å forlate henne – uten at hun har snakket med han om dette.
- Følelsesmessig resonnering: Line føler seg mislykka, og derfor er hun sikker på at hun er det.

Leveregler representerer våre dypeste grunnholdninger til oss selv. Holdningene er absolutte og fungerer som et filter for vår opplevelse og tolkning av verden. Primære leveregler representerer selve kjernen i vår oppfattelse av oss selv, mens de sekundære er mer spesifikke og aktiveres i spesielle situasjoner (Wilhelmsen, 2005). Det kan for eksempel tenkes at Line har en primær leveregel som sier at ”jeg er mislykka” eller ”jeg er ikke verdt å elske”. Disse levereglene vil ligge som en grunnleggende kjerne i Line, og gjenspeiles i hennes tolkning av verden. I den vanskelige og sårbare situasjonen som Line er i nå, er også flere sekundære leveregler aktivert. Hun sier blant annet at ”hvis jeg forteller Thomas hva jeg tenker, så kommer han til å forlate meg.” En annen sekundær leveregel kan være ”hvis jeg ikke klarer å få Ida til å slutte å gråte, så er jeg mislykka som mor.” Disse levereglene gir igjen opphav til negative automatiske tanker. Når terapeuten skal lete etter og jobbe med disse levereglene bruker han en muldvarp-teknikk, der han ”graver seg ned” i klientens tolkninger (Nielsen og von der Lippe, 1993). Målet er at Line selv skal få en mulighet til å reflektere over egne leveregler i samarbeid med terapeuten.

Det er vanskelig å avgrense en slik diskusjon, fordi kognitiv terapi er svært omfattende. Dersom jeg hadde hatt muligheten ville jeg fokusert enda mer på hvordan en jobber med Lines tankemønster og presentert flere eksempler på hvilke spørsmål terapeuten kan stille for å hjelpe Line

## ***4.2 Systemisk perspektiv***

Som nevnt i teoridelen, er det vanskelig å skrive om fødselsdepresjon uten å komme innom systemiske perspektiv. Et systemisk perspektiv innebærer en tankegang om at alt henger sammen og at alle påvirker alle. En familie er et eget lite system, fordi det innehar komponenter som interagerer med hverandre på en måte som er forskjellig fra interaksjonen med de som er utenfor systemet (Haugsgjerd et al, 1998). Selvpsykologi er et systemisk perspektiv, der mellommenneskelige erfaringer og relasjoner beskrives som menneskets viktigste drivkraft. Behovet for tilknytning blir vurdert som helt grunnleggende (Hartmann, 2000). En fødselsdepresjon kan oppleves svært dramatisk av far, eventuelle søsken og det kan påvirke det nyfødte barnets utvikling. Jeg tenker derfor at det vil være naturlig å finne tilnæringsmåter som inkluderer resten av familien i behandlingen.



Underveis i diskusjonen har jeg henvist til noen av sidene ved selvpsykologi, som jeg ser kan være nyttig å bruke i møtet med Line. Systemiske perspektiv er noe som helt klart kunne ha vært mer utdypet i denne oppgaven. Jeg ser det som en stor fordel å ikke låse seg til et enkelt behandlingsverktøy, men heller kunne bruke ulike innfallsvinkler på hvordan en møter Line og hennes familie. Berge og Repål (2004) påpeker også at god behandling ofte inkluderer en kombinasjon av ulike tilnærminger. Dette vil hjelpe terapeuten til å tenke mer fleksibelt.

## 5.0 Konklusjon

En post-partum depresjon er ikke noe som rammer bare et enkelt menneske. Denne diagnosen vil alltid involvere et barn, og i de fleste tilfeller også en barnefar. Det er en tilstand som påvirker hele familien, og som kan forstyrre et lite barns utvikling og ødelegge et parforhold. Heldigvis er det et økende fokus på denne diagnosen, og på at kvinner som har det tungt i barselperioden skal få tidlig hjelp. Dessverre går mange kvinner med symptomer på depresjon over lang tid. Kortere liggetid ved fødeavdelingene kombinert med et kommunalt hjelpeapparat på sparebluss, er trolig en medvirkende årsak. Mange kvinner skammer seg over følelsene sine og er kanskje redd for hvordan omverdenen vil reagere dersom de forteller om sine problemer – derfor er det mange som ikke klarer å oppsøke hjelp selv.

Line har heldigvis en samboer og et nettverk rundt seg som har hjulpet henne med å komme i kontakt med hjelpeapparatet. Jeg tenker at det beste ved denne situasjonen vil være å kombinere individuelle samtaler for Line med familiesamtaler der Thomas kan være med. Kognitiv terapi kan hjelpe Line med å jobbe med sine tankemønster og til å utvikle strategier for å mestre depresjonen. Samtidig er det viktig at de får snakke sammen som en familie, og at de gjennom systemiske perspektiv får hjelp til å bearbeide problemene som oppstår i relasjonen dem i mellom. Denne kombinasjonen gir en mer helhetlig tilnærming til familien.

### Litteraturliste:

- Berge, Torkil og Repål, Arne (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Berge, Torkil og Repål, Arne (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk.
- Broden, M. (2004) *Graviditetens muligheter. En tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och kultur.
- Brudal, Lisbeth (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Fagbokforlaget.
- Eberhard-Gran, Malin og Slinning, Kari (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Folkehelseinstituttet.
- Hartmann, E. (2000) *Fra drift til selv. Konsekvenser for dynamisk psykoterapi*. I: Pensumlitteratur artikkelsamling VIPH Høyskolen i Molde.
- Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Akademisk.
- Kierkegaard, Søren. Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I: Kierkegaard, Søren (1994) *Samlede Værker*. Bind 18. København: Gyldendal.
- Nielsen, Geir H. og von der Lippe, Anna L. (1993). *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. TANO
- Stern, Daniel (1995) *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic books.
- Stiles, Tore C. (1993) Kognitiv psykoterapi. I: Nielsen og von der Lippe. *Psykoterapi med voksne*. Fem perspektiver på teori og praksis, s. 91-114. TANO.
- Thomassen, Magdalene (2008) *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsteori for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Wilhelmsen, Ingvard (2005) *Sjef i eget liv. En bok om kognitiv terapi*. Hertervig forlag.